

que l'affection vertébrale est bien guérie, mais qui conservent tantôt une paralysie complète ou incomplète, tantôt des contractures plus ou moins prononcées. Les adultes, plus que les enfants, sont exposés à ce genre de terminaison. Enfin la présence de la gibbosité chez un sujet guéri n'est pas sans déterminer parfois des troubles fonctionnels fâcheux et même graves. La déformation du thorax, son défaut de capacité compromettent gravement la respiration et les mouvements du cœur. Les gibbeux dorsaux sont sujets aux palpitations, aux essoufflements, et les affections bronchiques prennent chez eux une gravité inaccoutumée. Ces troubles cardiaques et pulmonaires sont la source d'une débilité irrémédiable. Les bossus doivent se résigner à mener une vie calme et sans excès d'aucune sorte. Ils sont incapables d'un effort violent, d'un exercice énergique et continu. Même au repos, la respiration est haute; les battements du cœur sont souvent irréguliers; il y a fréquemment des redoublements ou des intermittences du pouls. La moindre fatigue, une marche un peu précipitée, l'ascension d'un escalier, provoquent des palpitations et un essoufflement avec cyanose de la face. Il y a plus encore : les modifications du calibre de l'aorte, résultant d'un changement de forme et de direction du vaisseau, sont une nouvelle cause de troubles cardiaques. L'aorte rétrécie en un point se dilate au-dessus; mais comme cette dilatation est progressive, la chose est d'importance médiocre, croyons-nous; il n'en est pas de même de la dilatation consécutive du cœur gauche, qui en est la conséquence, ainsi que nous l'avons constaté à l'autopsie.

QUATRIÈME LEÇON

SOMMAIRE

Le traitement du mal de Pott doit être local et général.

TRAITEMENT LOCAL.

Première phase. — Au début de l'affection, on doit se proposer de limiter les désordres locaux et de réduire la gibbosité au minimum. Abandon de l'ancienne méthode de Pott. Les révulsifs légers, teinture d'iode, pointes de feu, sont peu actifs.

L'indication essentielle est d'immobiliser le foyer vertébral et de le soustraire à l'influence de la compression exercée par les parties supérieures du corps, au moyen de l'extension continue.

Dans la station verticale, malgré l'emploi des appareils, cette indication n'est pas remplie.

Le décubitus horizontal est nécessaire, mais insuffisant. Son action est complétée par l'extension continue. Appareils extenseurs; appareil à extension continue.

Appareils permettant la marche : corsets orthopédiques; corset plâtré de Sayre; appareil de Taylor.

Deuxième phase.

Gibbosité. — Les manœuvres de redressement sont dangereuses et inefficaces.

Paralysie. — Elle guérit en général spontanément, si le malade survit; inefficacité des cautères. Les révulsifs légers et répétés, les pointes de feu, paraissent avoir une action plus utile.

Abcès froids. — Moyens favorisant la résorption spontanée; le repos est le principal de ces moyens.

Méthodes évacuatrices. — Ponction simple. Ponction avec aspiration; ses inconvénients. Ponction suivie d'une injection d'iodoforme. Ouverture étroite des abcès, méthode sous-cutanée. Incisions larges antiseptiques : elles constituent toute la méthode, ou bien on les fait suivre de l'extirpation partielle ou totale de la paroi des abcès, ainsi que des foyers vertébraux eux-mêmes.

Traitement de la convalescence.

TRAITEMENT MÉDICAL.

TRAITEMENT

Les moyens thérapeutiques qu'on oppose au mal de Pott tendent, les uns à enrayer la marche des désordres locaux, les autres à relever l'état général du sujet; les premiers, d'ordre chirurgical, varient selon les phases de la maladie, selon la forme et la gravité des accidents; les seconds, qui sont du domaine de la médecine, remplissent la même indication à toutes les périodes, celle de fortifier l'organisme par une bonne hygiène et par une médication interne appropriée.

TRAITEMENT LOCAL

PREMIÈRE PHASE

Il n'y aurait aucun intérêt pratique à passer en revue une multitude de moyens et de procédés chirurgicaux préconisés et employés à diverses époques, aujourd'hui plus ou moins abandonnés; mais il importe, au contraire, de préciser les indications thérapeutiques selon les périodes, et de faire une étude raisonnée des méthodes qui les remplissent avec le plus d'avantage.

Or le début de l'affection et la phase qui lui succède, celle qui répond à la formation de la gibbosité, offrent deux indications pressantes, qui peuvent être formulées ainsi :

1° Limiter autant que possible les désordres locaux, c'est-à-dire enrayer la marche progressive du foyer tuberculeux initial;

2° Prévenir la formation de la gibbosité, ou, si l'on ne peut l'empêcher, la restreindre à un minimum de déviation. Cette seconde proposition est étroitement liée à la première.

En ce qui concerne la limitation du foyer tuberculeux, on ne

dispose, il est vrai, jusqu'à présent, d'aucun moyen spécifique. Aucun médicament agissant sur l'organisme, aucun procédé curatif local ne permettent d'arrêter l'envahissement tuberculeux ou de guérir les foyers initiaux. Lorsque P. Pott, traitant le mal vertébral par les cautères appliqués de chaque côté des apophyses épineuses, écrivait dans son premier Mémoire : « Les malades que j'ai soignés au commencement de la maladie, de quelque âge qu'ils aient été, ont tous été rétablis, » il exagérait certainement ses succès. Car ce moyen, après avoir été mis en pratique durant un siècle sur la confiance sans bornes qu'il inspirait, a fini par tomber en désuétude comme étant sans valeur. L'emploi du cautère était d'ailleurs fondé sur une interprétation fautive d'un fait vrai, quoique assez rare. « Ayant remarqué dans Hippocrate, dit Pott, un passage où il était question d'une paralysie des extrémités inférieures guérie par un abcès survenu au dos, le docteur Caméron avait tâché, chez un malade où l'état d'inutilité des membres était accompagné d'une courbure de l'épine, d'imiter cette opération de la nature, en excitant une suppuration, et ce moyen avait été très avantageux. » Tous les chirurgiens ont pu voir, en effet, quelquefois la paralysie guérir après l'ouverture d'un abcès communiquant avec le foyer vertébral; en supprimant la tension du contenu de ce foyer par l'évacuation du liquide, on fait disparaître du même coup la compression médullaire. Nous nous sommes expliqué antérieurement sur ce cas particulier; mais il y a loin de là à cette prétention bizarre d'après laquelle on guérirait un foyer tuberculeux par une suppuration abondante surajoutée à la maladie, et capable, tout au contraire, de contribuer à l'épuisement du malade. Marjolin, partisan des cautères, trouvait en 1858 que ce moyen dérivatif était le meilleur des traitements, qu'il intimidait les enfants, qu'il les faisait souffrir, qu'il diminuait leur funeste penchant à la masturbation. A quoi bon chercher une efficacité morale, lorsque l'inefficacité physiologique est reconnue? Il n'y a donc plus qu'un intérêt

historique à rappeler l'origine de cette méthode dérivative qui n'a vécu si longtemps que par le renom de son inventeur.

Cependant si les cautères ne peuvent avoir aucune action curative sur la lésion spécifique, ce n'est pas à dire que la méthode dérivative, ou mieux révulsive, ne puisse être de quelque utilité contre certaines complications inflammatoires et congestives qui surviennent dans le foyer vertébral et en particulier sur les pachyméningites d'ordre irritatif. Mais alors les moyens qui ont une action passagère et qu'on peut renouveler, comme les pointes de feu, sont préférables aux exutoires dont l'écoulement épuise les sujets. Nous y reviendrons plus loin à propos des paralysies.

Il n'y a pas lieu de s'arrêter sur les applications de glace, sur les badigeonnages iodés, sur les vésicatoires, sur les émissions sanguines locales, moyens inférieurs aux cautérisations et plus difficiles à appliquer. On a essayé plus récemment d'exercer une action plus directe sur le foyer : Hueter a préconisé l'injection dans le corps vertébral même d'une solution phéniquée à trois pour cent. Malgré les résultats avantageux que Hueter prétend avoir retiré de cette méthode nouvelle, on est surtout frappé des difficultés de son application, et d'autre part son efficacité n'est pas rigoureusement démontrée.

Donc, en l'absence de moyens spécifiques, on est conduit à l'adoption des méthodes rationnelles. Or, une condition essentielle pour limiter le foyer tuberculeux est d'empêcher la compression que le segment supérieur du rachis exerce sous l'influence du poids des parties sur le segment inférieur. En remplissant cette indication, on prévient le plus souvent la formation de la gibbosité ou on l'atténue tout au moins dans la mesure du possible. On la réduira à un minimum, c'est-à-dire à la déviation produite uniquement par la perte de substance, par l'ulcération tuberculeuse initiale. Pour nombre d'auteurs, il est une autre indication utile à remplir, quoique beaucoup moins essentielle, c'est l'immobilisation du rachis dans la section atteinte. On a accordé, en effet, à l'immo-

bilisation du rachis un rôle prépondérant dans le traitement; une explication est ici nécessaire. Au début et dans la période qui nous occupe, c'est-à-dire pendant la formation de la gibbosité, phase souvent lente, la section malade, loin de posséder une grande mobilité, est, pour ainsi dire, fixée et rigide, quelle qu'ait pu être auparavant l'étendue de ses mouvements. Rappelons, en effet, le rôle que joue la contracture durant l'évolution des phénomènes; il est tel dans les périodes initiales que l'immobilisation du rachis est complète; plus tard, lorsque la gibbosité se forme par degrés successifs, la mobilité ne paraît pas plus grande; ce n'est véritablement que lorsque la coupure du rachis est complète et large qu'il peut y avoir de la mobilité anormale. Aussi n'est-ce pas dans ce sens, c'est-à-dire en vue d'empêcher le jeu des mouvements du rachis, peu étendus d'ailleurs, qu'il faut comprendre, je crois, l'opinion des auteurs. Immobiliser le rachis, dans l'espèce, ne peut vouloir dire autre chose que maintenir la région atteinte de manière à l'empêcher de se fléchir, ou, ce qui revient au même, de manière à prévenir la gibbosité. Or, à ce point de vue, on peut assurer que la méthode qui restreindra les désordres, qui les limitera, sera la méthode de choix, et c'est pour cette raison que l'extension continue se présente avec une supériorité évidente. En supprimant la compression qui ajoute un surcroît d'activité à l'irritation locale, en limitant les foyers, elle favorise singulièrement la réparation des désordres, car elle tend à localiser une affection progressive.

Extension continue. — L'extension continue réclame des conditions différentes selon que l'affection siège plus ou moins bas; tandis, en effet, que la troisième vertèbre cervicale ne supporte que le poids de la tête, la première lombaire reçoit en plus la charge des organes du cou, de la partie du tronc correspondant au thorax et des membres supérieurs. Nous avons fait remarquer en outre que le poids des parties supportées sollicite le segment du rachis en avant. Dans ces conditions, il ne suffit pas de

maintenir le rachis dans sa position normale si l'on veut éviter les effets de la compression. La contention simple, ou, plus exactement, l'obstacle apporté à l'incurvation n'atténue en rien les effets de la pression exercée par les parties supérieures. Le seul principe rationnel dont l'application doive être poursuivie est celui qui consiste à soustraire la plus grande somme du poids du segment supérieur, pour la transporter au-dessous par une voie autre que le rachis. Le décubitus horizontal est certainement à lui seul un des moyens les plus simples, car alors chaque partie du corps transmet directement au matelas son propre poids. Pourtant c'est un moyen incomplet, pour deux raisons : l'une est la difficulté d'imposer un décubitus constant pendant un temps très long ; en outre, le malade fait des mouvements de latéralité du tronc. Tous les mouvements exécutés même dans le décubitus sont encore une cause d'irritation locale, beaucoup moindre sans doute que lorsque les malades sont debout, mais suffisante pour provoquer la contracture des muscles du tronc, et cette contracture est une cause nouvelle de compression dans le foyer tuberculeux. Si donc par le décubitus on a supprimé plus ou moins complètement l'influence nocive du poids du corps, on n'a cependant pas fait cesser la compression au niveau de la région affectée, pas plus que dans la coxotuberculose la position horizontale ne fait cesser la compression exercée sur les surfaces malades par les muscles contracturés ; et de même qu'on voit la flexion de la cuisse s'accroître davantage malgré le repos au lit, de même on voit, dans le mal de Pott, la gibbosité se produire et augmenter malgré le décubitus horizontal. Je pourrais citer ici un nombre respectable de faits cliniques dans lesquels la gibbosité a continué de s'accroître malgré un décubitus horizontal de longue durée et assez rigoureux ; toutefois j'estime, sans qu'il soit possible d'en fournir la preuve, que la déformation a été notablement moins accusée que si on avait autorisé la marche et les exercices corporels ordinaires.

Il est incontestable que si on pouvait parvenir, au début du mal de Pott, à empêcher la formation de la gibbosité et même à arrêter l'effondrement déjà commencé dans la période d'état, rien ne serait plus avantageux que de joindre à l'extension continue le bénéfice de la marche et d'une bonne hygiène corporelle. Malheureusement les appareils imaginés jusqu'ici ne répondent pas à cette double exigence. En permettant la marche, on ne parvient avec aucun d'eux à conserver la direction normale du rachis, c'est-à-dire à faire obstacle aux causes productrices de la difformité. Les appareils exclusivement de soutien ou de contention, et celui de Sayre est un des types les plus séduisants et les mieux imaginés dans ce genre, ne réalisent pas l'extension du rachis.

C'est donc sur le malade couché qu'on doit appliquer l'extension continue, et, même dans cette attitude, elle ne s'exécute pas sans quelque difficulté. Lorsque le mal de Pott siège au cou, l'appareil à extension est fixé à la tête, qui s'y prête assez bien par sa forme et sa résistance ; une corde s'en détache, se dirige vers la tête du lit, passe sur une poulie et soutient par ses extrémités un sac de plomb ou des poids quelconques. On commence par un ou deux kilos, puis on augmente graduellement en tâtant la susceptibilité du malade et la résistance des parties ; on peut aller, chez l'adulte, jusqu'à cinq ou six kilos sans inconvénients. La contre-extension est faite par le poids du corps. Dans une circonstance, j'ai utilisé le simple poids de la tête pour faire l'extension, en la faisant reposer en arrière du matelas sur une découpe de la planche qui le supporte.

Pour le mal dorsal ou lombaire, on a recours à des moyens variés. On a divisé le matelas en deux parties, antérieure et postérieure, et, après avoir fixé le malade à chacune de ces deux sections, on les a éloignées l'une de l'autre par extension et par contre-extension. Rauchfus se sert d'appareils suspenseurs en linge, qui soulèvent les malades ; puis il applique des tractions à chaque extrémité du corps ; mais il est difficile d'immo-

biliser et de maintenir les petits malades dans une position convenable, et ils se dérobent à l'extension de mille manières; on a employé des coussins, des lacs pour les maintenir : les moyens trop compliqués sont les moins bons en pratique.

Tout appareil extenseur doit présenter comme condition essentielle un point d'application convenable pour l'extension et la contre-extension. Pour la contre-extension, il n'y a pas de difficulté en général; l'appareil prend son point d'appui inférieur sur le bassin et sur les hanches: cependant on doit y renoncer dans deux circonstances. Chez les enfants au-dessous de deux ans, le bassin est trop peu développé et le ventre trop volumineux: toute espèce d'appareil appliqué sur le bassin tend invariablement à descendre; mais à cet âge aucun appareil n'est d'une utilité pratique. En second lieu, lorsque le mal de Pott occupe les dernières vertèbres lombaires ou le sacrum, il devient impossible de se servir d'une ceinture pelvienne. Le point d'appui doit être cherché dans ce dernier cas sur le sol, ce qui constitue une grosse complication.

En haut, il semble moins facile de trouver un point d'appui pour l'extension. Les orthopédistes ont généralement choisi le thorax et les aisselles en construisant des corsets à béquillons. Le thorax est un mauvais point d'appui, pour deux raisons: d'abord le corset ne peut relever le thorax qu'en le comprimant à sa base, et par suite en gênant la respiration, ce qui est un premier inconvénient, surtout chez les sujets débiles comme la plupart de ceux qui sont atteints de mal de Pott. En outre, l'extension faite avec un corset est illusoire, car à moins d'exercer une compression excessive, le corset se relâche, et le thorax descend.

Quant au point d'appui pris dans les aisselles à l'aide de béquillons, il n'y a pas à y songer: les épaules, essentiellement mobiles, se laissent soulever jusqu'à ce que le sujet commence à souffrir, auquel cas l'appareil devient insupportable.

Enfin, même en supposant qu'un corset puisse agir efficacement, sans présenter les inconvénients précédents, il ne serait

encore applicable qu'à un nombre restreint de cas, aux maux de Pott de la partie inférieure du dos et supérieure des lombes. Le mal lombo-sacré, le mal dorsal supérieur et le cervical lui échappent entièrement.

En un mot, les corsets employés comme agents d'extension dans le mal de Pott, ou même simplement comme moyen de

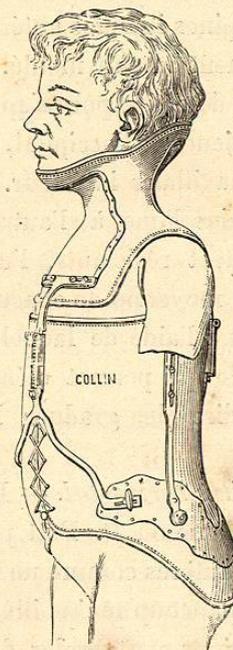


FIG. 33. — Appareil à extension continue pour les maux de Pott des régions: cervicale inférieure, dorsale, lombaire supérieure. — Voir fig. 35, p. 321, l'appareil à extension continue pour le mal sous-occipital et pour les premières vertèbres cervicales.

contention, sont insuffisants lorsqu'ils sont applicables et dans un grand nombre de cas ils ne sont pas applicables. On se trouve ainsi amené à chercher un autre point d'appui pour l'extension. Le seul auquel on puisse songer est la base du crâne. Pour obtenir l'extension du rachis, ou seulement lui constituer un mode de contention durable, on doit logiquement le saisir par les deux extrémités, c'est-à-dire par l'extrémité